



.....  
(pieczęć placówki medycznej)

.....  
miejscowość, data

**ZAŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA/UCZNIĄ  
w sprawie kształcenia specjalnego, wczesnego wspomaganie rozwoju,  
zajęć rewalidacyjno-wychowawczych\*  
dla potrzeb Zespołu Orzekającego  
Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w Knurowie**

podstawa prawna: Rozporządzenie MEN z dnia 7 września 2017 r. w sprawie orzeczeń i opinii wydawanych przez zespoły orzekające działające w publicznych poradniach psychologiczno-pedagogicznych Dz. U. z 2017 r., poz.1743

Imię i nazwisko dziecka/ucznia .....

Data i miejsce  
urodzenia .....

Miejsce zamieszkania dziecka/ucznia .....

**Rozpoznanie choroby lub innego problemu zdrowotnego wraz z oznaczeniem alfanumerycznym, zgodnym z ICD:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia/terapii, dalsze rokowania:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Informacja o leczeniu farmakologicznym i jego skutkach mogących mieć wpływ na funkcjonowanie dziecka/ucznia:**

.....  
.....  
.....

**Zalecenia dla edukacji związane z ograniczeniami w wyniku rozpoznanej niepełnosprawności:**

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
pieczęć i podpis lekarza